Nr. 1 Warszawa, Marzec 1932 Tom IV

Gastrologja Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO, POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO I PRZEMIANY MATERJI.

REDAKTOR: Dr. BRONISŁAW WEJNERT.
WYDAWCA: Dr. IGNACY GRUNDZACH.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 8-15-12, od 10 do 11.
Administracja: Marszałkowska 71, Drukarnia „SIŁA", tel. 8.34-48.
Roczna przedpłata za 1 tom (4 zeszyty) zł. 8.
Konto czekowe P. K. O. Nr. 17-285.
W A R S Z A W A
1 9 3 2.

Nr. 1. Warszawa, Marzec 1932 Tom IV.

Gastrologja Polska

TREŚĆ: **Z. Stankiewicz i St. Łysakowski.** Przyczynek do zwężeń przełyku. — **J. Nusbaum** T. zw. „Gastritis" w świetle nowszych badań. — Posiedzenia Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego. — Wiadomości różne.

Les resumés des travaux originaux en langues entrangères se trouvent a la fin du numéro.

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert. | **Wydawca: Dr. I. Grundzach.**

Ze szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie

Przyczynek do zwężeń przełyku.

Podali

Z. STANKIEWICZ i ST. ŁYSAKOWSKI.
Kier. Prac. Radjolog. Asyst. I Oddz. Wewn. (Ord. Dr. E. Orłowski).

Zwężenia należą do najczęstszych schorzeń przełyku. Symptomatologja ich jest prosta i rozpoznanie nie nastręcza naogół większych trudności. Gdy jednak chodzi o określenie istoty przeszkody w przechodzeniu pokarmów, o umiejscowienie domniemanego zwężenia i rozległość jego, co ma wielkie znaczenie zarówno dla leczenia, jak i dla rokowania, zwykłe metody badania, któremi się posiłkuje internista lub chirurg, są niewystarczające. Nasuwa się wówczas konieczność obejrzenia przełyku i stwierdzenia stanu jego ścian. Zgłębnikowanie lub wziernikowanie przełyku jest zabiegiem brutalnym i często zbyt ryzykownym. Natomiast badanie

radjologiczne, jako metoda zupełnie łagodna i bezpieczna, jest wskazane we wszystkich przypadkach. Udostępnia ono wzrokowi obraz przełyku w warunkach fizjologicznych, dając możność spostrzegania jego odlewu i zachowania się przełyku podczas połykania pokarmu, oczywiście pokarmu kontrastującego.

Zadaniem radjologa w takiem badaniu jest w pierwszym rzędzie określenie, czy zwężenie ma charakter czynnościowy, czy organiczny.

Rozpoznanie różniczkowe opiera się na cechach morfologicznych wypełnionego kontrastem przełyku. Równe, ostre, zaokrąglone kształty odlewu przełyku w miejscu jego zwężenia, dalej przejściowy charakter kurczu, dochodzącego niekiedy do zupełnego zamknięcia światła, przemawiają za pochodzeniem kurczowem zwężenia i to niezależnie od tego, czy czynnikiem, wyzwalającym kurcz, jest uchyłek przełyku, czy owrzodzenie odległe żołądka, czy powiększone gruczoły śródpiersiowe, czy jakakolwiek inna przyczyna. Również wygląd odcinka ponad zwężeniem jest dość charakterystyczny. W przypadkach przewlekłego kurczu przełyk ulega rozszerzeniu na dużej przestrzeni, jest ono stopnia znacznego i dosięga maximum w rozszerzeniu samoistnem przełyku, w którem — jak wiadomo — kurcz wpustu gra nie wyłączną, lecz w każdym razie wielką rolę. W przypadkach takich przełyk dosięga rozmiarów olbrzymich, zarówno pod względem szerokości jak i wydłużenia, co znajduje swój wyraz w śrubowem skręceniu przełyku.

Zgoła odmiennie przedstawia się sprawa w przypadkach zwężenia organicznego przełyku. Przyczyną zwężenia są albo blizny po otruciach substancjami żrącemi, albo nacieczenie ścian przełyku wskutek nowotworu.

W zwężeniach po otruciu światło zwężonego odcinka przełyku przedstawia się w postaci wąskiego, zupełnie równego, o ostrych zarysach pasma substancji kontrastującej, obejmującego zazwyczaj dość znaczną przestrzeń przełyku. Powyżej wymiar przełyku jest normalny lub zlekka tylko powiększony. Granica części przedzwężeniowej i zwężonej zaznacza się ostro, równo. Światło zwęża się nagle. Treść pokarmowa przeciska się z trudem przez przełyk, którego część zwężona zachowuje się biernie.

Wyszczególnione cechy wystarczają zazwyczaj dla rozpozna-

nia różniczkowego. Dokładny wywiad sprawę ostatecznie wyjaśnia.

Nas interesują tu najwięcej zwężenia przełyku na tle nowotworu.

W początkowym okresie choroby, zanim zwężenie osiągnie pewien stopień, charakterystycznych objawów radjologicznych brak, lecz i w daleko posuniętych sprawach rozpoznanie nastręcza trudności. Momentami decydującemi w rozpoznaniu różniczkowem będzie obraz morfologiczny przełyku oraz jego czynnościowe zachowanie się.

Spostrzegamy więc na ekranie, że treść kontrastująca łatwo przechodzi w górnej części przełyku, poczem zatrzymuje się w miejscu zwężenia. Część przełyku ponad zwężeniem zaczyna się wypełniać coraz więcej, — występuje tu rozszerzenie, zawsze stopnia umiarkowanego, w przeciwieństwie do przypadków kurczu. Wytłomaczenie tego faktu znaleźć łatwo: chory ginie wskutek charłactwa, zanim rozszerzenie znaczne zdąży się wytworzyć. Część zwężona przełyku zachowuje się zupełnie biernie, ścianki są sztywne, jedynie powyżej zwężenia występują ruchy robaczkowate, często o charakterze perystaltyki przedzwężeniowej (Stenosenperistaltik).

Odlew wypełnionej części przełyku ma w miejscu zwężenia kształt lejkowaty, o brzegach postrzępionych, nierównych, z ubytkami cieniowemi. Z dna lejka kontrast przelewa się wąską, zygzakowatą, nierówną strugą do niższych części.

Powyższy obraz ekranowy odpowiada całkowicie temu, co znajdujemy na stole sekcyjnym. Przełyk jest zwężony wskutek narastania mas nowotworowych do światła przełyku (ubytki cieniowe) i nacieczenia jego ścian (sztywność).

Ubytki cieniowe i postrzępienie brzegów zwężonego odcinka stanowi w obrazie radjologicznym zawsze cechę charakterystyczną nowotworu przełyku. Wobec takiego obrazu rozpoznanie brzmieć musi: *stenosis oesophagi ex ca.*

Sprawy chorobowe najróżniejszego pochodzenia w narządach sąsiadujących mogą wywierać wpływ zarówno na położenie przełyku, jak i na jego kształt. Zgodnie z tem dość często mamy do czynienia z przeciągnięciami lub zepchnięciami przełyku i z uciskiem z zewnątrz. Tak naprzykład wole zamostkowe, guzy

śródpiersia (gruźlica, ziarnica), skrzywienia kręgosłupa, wysięki opłucnowe, rak oskrzeli mogą wypierać przełyk z jego normalnego położenia. Łatwo to dostrzec, badając akt połykania w pozycji czołowej. Inne znowu sprawy powodują wyciski na ścianach przełyku. Spostrzegamy to w przypadkach powiększenia lewego przedsionka serca w wadach mitralnych, w przypadkach tętniaka i nawet banalnego powiększenia gruczołów śródpiersiowych. Wyciski takie mają wygląd charakterystyczny: równy, mniej więcej owalny, bez postrzępienia zarysów ściany przełyku.

Wyszczególnione sprawy mogą powodować dolegliwości przy łykaniu wskutek pewnej trudności w przesuwaniu się pokarmu. Mamy tu jednak do czynienia nie z przeszkodą w istotnem tego słowa znaczeniu, lecz tylko z zaleganiem treści pokarmowej w miejscu, uciśniętem z zewnątrz. Cechy powyższe (przemieszczenie przełyku, równy kształt wycisku) są wystarczające dla właściwej interpretacji obrazu radjologicznego przełyku.

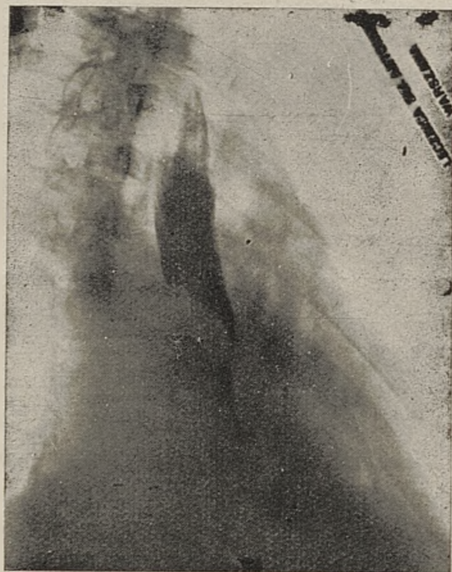
Ubytki cieniowe i postrzępienie brzegów zwężonego odcinka przełyku pozostają zawsze najistotniejszą cechą radjologiczną nowotworu przełyku.

Przypadek, który mieliśmy możność spostrzegać, wyłamuje się z tej ogólnej symptomatologji radjologicznej, co nas zachęca do zwrócenia nań uwagi.

Chory A. G., lat 49, dozorca domowy, l. k. szp. 4468/401, przyjęty do szpitala dn. 23.XII. 1931. Od dwóch przeszło miesięcy utrudnienie połykania wskutek zatrzymywania się pokarmów stałych w środkowej części przełyku. Płyny przechodzą do żołądka bez większego oporu. Od tegoż czasu bóle wzdłuż mostka, zwłaszcza w środkowej jego części, brak łaknienia, utrata wagi, kaszel, często nawracające krwioplucia. Chory udał się do lekarza, który rozpoznał chorobę płuc. Badanie radjologiczne (Dr. Matuszek) wykazało podejrzenie nowotworu złośliwego przełyku. *Wynik badania radjologicznego*: Kontrast po przełknięciu przechodzi swobodnie przez przełyk do wysokości 8-go kręgu piersiowego. W tem miejscu następuje zahamowanie swobodnego przechodzenia, które odbywa się stąd stosunkowo wąskim kanałem do żołądka. Odcinek ponad zwężeniem jest rozszerzony i wykazuje długotrwałe zaleganie kontrastu. Przejście zarysów przełyku w odcinek zwężony jest dość nagłe, kontury jego są jakby nieregularnie wygryzione. Część

zwężona posiada długość około 11 cm. i zachowuje się biernie podczas przełykania. Obraz żołądka bez widocznych zmian. Jego czynność ruchowa i opróżnianie się w granicach prawidłowych. Ocena radjologiczna: zwężenie i zniekształcenie przełyku wskutek nacieczenia jego ścian. Obraz przemawia za nowotworem (Ca).

Przed obecną chorobą pacjent był naogół zdrów, tylko w r. 1920 przechodził dur osutkowy. Kiłę neguje. Alkoholu nie nadużywał. Papierosów nie pali. Wywiady rodzinne bez znaczenia.



Ryc. 1.

Stan obecny. Chory wzrostu niskiego, budowy prawidłowej, lecz słabej. Odżywianie podupadłe. Stan ogólnego wyniszczenia. Tkanka tłuszczowa podskórna w zaniku. Barwa skóry blada, z odcieniem ziemistym. Stan bezgorączkowy. Tętno — 88, miarowe, dość słabo napięte. Odruchy ścięgniste i okostnowe normalne. Źrenice równe, oddziaływują na światło i nastawność. Gruczoły chłonne szyi, nadobojczykowe i nadłokciowe niemacalne, gruczoły pachwinowe powiększone do wielkości ziarna grochu, twarde, niebolesne.

Klatka piersiowa dość długa, płaska, wąska; po stronie prawej nieco bardziej uwypuklona i mniej ruchoma, niż po stronie lewej. Nieznaczne przytłumienie opuku nad obu szczytami, bez wyraźnych zmian osłuchowych. Stłumienie po stronie prawej od 7-go żebra do dolnej granicy płuca. W miejscu stłumienia oddech oraz drżenie głosowe znacznie osłabione. Egofonja (płyn wolny w opłucnej prawej).

Serce: granica prawa zlewa się ze stłumieniem w prawej opłucnej, granica lewa wydaje się przesunięta o 1 palec w lewo od linji sutkowej lewej, granica górna — w 3-em międzyżebrzu. Tony serca czyste, zlekka głuchawe.

Narządy jamy brzusznej i narząd moczowopłciowy bez zmian.

Łykanie pokarmów stałych powoduje, jak podaje chory, zatrzymywanie się ich mniej więcej na poziomie środkowej części mostka. Regurgitacji niema. Płyny przechodzą przez przełyk swobodnie.

Badanie radjologiczne (29.XII. 1931). Płyn kontrastujący przechodzi swobodnie przez przełyk do wysokości 8-go kręgu grzbietowego, poczem zatrzymuje się, tworząc zwężenie, i dalej bardzo wąską strugą przechodzi do żołądka. W miejscu zwężenia widoczne są jakby wygryzienia (ubytki). Sprawa robi wrażenie ca.

Cień serca o granicach ogólnie powiększonych w stopniu umiarkowanym. Jednostajne zacienienie dolnej części prawego pola płucnego oraz zatoki żebrowoprzeponowej o górnej granicy skośnej. Zarys prawej połowy przepony niedostrzegalny (płyn w wolnej jamie opłucnowej).

Przez cały czas pobytu w szpitalu chory żywi się jedynie płynami. Bóle samoistne poza mostkiem są bardzo silne. Połykanie wykazuje przemijającą poprawę. Krwioplucie nie ustępuje mimo stosowania środków hemostyptycznych.

30.XII. 1931. Nakłucie próbne prawej jamy opłucnowej dało 20 cm. sz. płynu surowiczego.

Badania laboratoryjne. Płyn z opłucnej przezroczysty, bursztynowy. Próba Rivalty dodatnia. Ciężar gatunkowy — 1020. Białko — 5,8%.

Mocz jasnożółty, ciężar gatunkowy — 1015, bez zmian chemicznych i drobnowidowych.

Odczyn Wassermana we krwi ujemny.

2.I. 1932. Nieznaczny stan podgorączkowy, wzrastająca prostracja, duszność, bardzo silne bóle zamostkowe, wzrastające wyniszczenie ogólne.

18.I. 1932. Zejście śmiertelne wśród objawów wyniszczenia, bardzo znacznego upadku sił i duszności.

Rozpoznanie kliniczne. Carcinoma oesophagi. Pleuritis exsudativa dextra.



Ryc. 2.

Zaznaczyć musimy, iż wymienione rozpoznanie pod względem klinicznym nasuwało wątpliwości ze względu na trudność powiązania w jeden obraz kliniczny objawów wysięku w opłucnej i raka przełyku. Możnaby przypuszczać przerzuty raka przełyku do płuc, wzgl. opłucnej, obraz anatomopatologiczny, którego nie spotyka się naogół. Pozatem przeciw zrakowaceniu opłucnej przemawiał surowiczy, a nie krwawy charakter wysięku. Dalej wreszcie pozostawały bez należytego wyjaśnienia nawracające krwioplucia.

Możnaby również przyjąć inną koncepcję, a mianowicie: nowotwór płuc, wzgl. oskrzeli, za czem przemawiały uporczywe

krwioplucia, męczący kaszel, stan bezgorączkowy, poniekąd zaś i obecność płynu w opłucnej. Nowotwór ten mógł dawać przerzuty do przełyku, powodując jego zwężenie. Obecność guza naciekającego i rozpadającego się w świetle przełyku zdawała się nie ulegać wątpliwości w obrazie radjologicznym. Nic z omawianego obrazu natomiast nie zdawało się przemawiać za tem, iż zwężenie przełyku spowodowane być może przez ucisk na przełyk z zewnątrz.

Sprawę ostatecznie i całkowicie wyjaśniło badanie pośmiertne (Dr. J. Dąbrowska), którego wynik przytaczamy:

Carcinoma bronchi inferioris dextri ad lobum inf. dextrum progrediens. Pleuritis sero fibrinosa dextra. Bronchopneumonia confluens inf. dextra. Metastases carcinomatis in lymphoglandulas mediastini postici, retroperitoneales, peribronchiales, pancreaticas, in hepar, pancreas, renem utrumque, in glandulam suprarenalem utramque. Stenosis portionis mediae oesophagi. Adhaesiones pleurae dextrae. Inanitio non magna.

Mieliśmy więc do czynienia z nowotworem, wychodzącym z oskrzela prawego, szerzącym się w głąb miąższu płuca, powikłanym odoskrzelowem zapaleniem płuc, również — być może — pochodzenia nowotworowego, i zapaleniem wysiękowem opłucnej prawej. Szereg przerzutów do gruczołów chłonnych śródpiersiowych i okołooskrzelowych spowodował w śródpiersiu tylnem zwężenie przełyku. Stan śluzówki i mięśniówki przełyku zmian chorobowych nie wykazał. Ściana przełyku była gładka, nienacieczona; wewnątrz światła przełyku żadnego guza, ani rozpadającego się owrzodzenia nie stwierdzono. W miejscu zwężenia znajdowały się po obu stronach unieruchomionego przełyku dwa gruczoły (przerzuty) wielkości śliwki i migdała, uciskające przełyk z dwóch stron przeciwległych, co spowodowało nawet całkowite zamknięcie światła.

Szczegółem znamiennym obrazu radjologicznego, prowadzącym do mylnego, jak się okazało, rozpoznania, był charakter zarysów zwężonego odcinka, mianowicie jego postrzępienie.

Jeśli pierwszy radjogram mógł nasuwać — oczywiście ex post — wątpliwości ze względu na owalny wycisk na prawej ścianie przełyku, chociaż i tu uciśnięta ściana miała bardzo charakterystyczne nierówności, to zestawienie drugiego radjogramu z pierw-

szym ujawniło postępujące zwężenie, przyczem dolna granica odlewu przełyku żadnych wątpliwości nasuwać nie mogła. Przemieszczenia przełyku nie było, brakowało równych wycisków na ścianie przełyku, zarys zwężonego odcinka był postrzępiony, a więc rozpoznanie musiało brzmieć *stenosis oesophagi ex neo*.

W przypadku naszym rozpoznanie było znacznie utrudnione tą okolicznością, że badanie radjologiczne nie ujawniło objawów raka oskrzelowego, a to wskutek powikłania go wysiękiem w opłucnej. Wysięk ten zacieniał całkowicie dolną część pola płucnego, uniemożliwiając zdanie sobie sprawy z istoty zasadniczego schorzenia.

W tym samym mniej więcej czasie spostrzegaliśmy analogiczny przypadek raka oskrzelowego, powikłany wysiękiem w opłucnej, w którym wysuwały się na pierwszy plan skargi chorego z powodu utrudnionego połykania. W badaniu radjologicznem rozpoznano na ekranie nowotwór przełyku. Klinicysta trwał przy pierwotnem rozpoznaniu ca bronchi, uważając zwężenie przełyku za sprawę wtórną.

Ten spotkany dwukrotnie w krótkim przeciągu czasu zbieg raka oskrzelowego z objawami klinicznemi i radjologicznemi zwężenia przełyku mimowoli zwrócił naszą uwagę. Krytyczny rozbiór pierwszego przypadku skłania nas do wysunięcia tezy, że we wszystkich przypadkach objawów radjologicznych zwężenia przełyku (zwłaszcza w części środkowej) pochodzenia nowotworowego należy bardzo starannie wyłączyć możliwość raka oskrzela i przerzutów do śródpiersia, powodujących wtórne zwężenie przełyku przez ucisk z zewnątrz.

T. zw. „Gastritis“ w świetle nowszych badań *).

P o d a ł

Dr. Józef NUSBAUM (Warszawa).

Przeglądając prace ostatnich lat, stwierdzić możemy, iż t. zw. *Gastritis*, dawniejszy pospolity katar żołądka, zaczął znów w medycynie odgrywać wybitną rolę. Od wielu lat rozpoznawano tę jednostkę chorobową intuicyjnie, lecz dopiero w ostatnich czasach pojęcie o niej zostało naukowo pogłębione. Rzadko która dziedzina patologji nastręczała tyle trudności w wytworzeniu dokładnego obrazu chorobowego i określeniu go, co zapalenie żołądka. To przyjmowano pojęcie anatomiczne nieżytu żołądka, to znów je odrzucano. Poglądy anatomiczne mieszano z czysto czynnościowemi. To jedne, to znów drugie wysuwane były na plan pierwszy. Przez długi okres czasu wystarczały określenia objawowe, jak *kardialgja, gastrodynja, gastralgja, dyspepsja, status gastricus, embarras gastrique* i t. d. Od czasu do czasu zwyciężały określenia nieżytu żołądka w pojęciu podłoża anatomicznego, aby znów ustąpić miejsca nazwie „*dyspepsja*“, którą B o a s nazywa naukowo brzmiącą przykrywką naszej ignorancji.

Nauka o zapaleniu żołądka z punktu widzenia wiedzy doby ostatniej opiera się na dokładnej ocenie badań histologicznych normalnej i patologicznie zmienionej śluzówki żołądka, czyli na faktach, dawniej mniej lub bardziej zaniedbywanych.

---

*) Odczyt wygłoszony w Tow. Gastrologicznem dn. 16.XII 1931 r.

Zacznijmy więc od ich dokładnego opisu.

Normalna śluzówka żołądka, którą cechuje barwa szaroczerwona do bladoczerwonej, wykazuje, jak wiadomo, charakterystyczny obraz powierzchni, podzielonej na małe pólka (*areae gastricae*), odgraniczone od siebie płytkiemi brózdami. Wśród poszczególnych pól znajdują się punkcikowate zagłębienia (t. zw. dołeczki żołądkowe — *foveolae gastricae*), widoczne już gołem okiem. Na dnie ich uchodzą gruczoły żołądka.

Wierzchnią warstwę błony śluzowej żołądka tworzy nabłonek jednowarstwowy walcowaty. Komórki nabłonkowe żołądka są komórkami śluzowemi osobliwego typu. Proces wydzielniczy odbywa się w nich bez przerwy tak, iż niema tu różnic między okresem spoczynkowym i czynnościowym.

Pod nabłonkiem leży warstwa właściwa bł. śluzowej, składająca się z delikatnej włóknistej tkanki łącznej klejodajnej, skombinowanej z tkanką siateczkowatą, zawierającą większą lub mniejszą liczbę limfocytów. Warstwa właściwa śluzowa jest odgraniczona od błony śluzowej warstwą mięsną (*muscularis mucosae*).

Z 4-ch rodzajów gruczołów, leżących w warstwie śluzowej właściwej, interesują nas przedewszystkiem gruczoły dna i gruczoły odźwiernikowe. Gruczoły dna, zwane również gruczołami trawiennemi, bądź pepsynowemi, zajmują cały trzon żołądka, a głównie jego dno. Są to gruczoły cewkowe, rozgałęzione, których nabłonek składa się z komórek głównych i okładzinowych.

Gruczoły odźwiernikowe są to gruczoły pęcherzykowo-cewkowe. Różnią się one od poprzednich tem, iż częściej się dzielą i że przebiegają kręto, a dołeczki, do których uchodzą, są głębsze, niż w dnie. Tkanka łączna warstwy właściwej, wnikając między nie, rozsuwa je tak, iż są one bardziej oddalone od siebie, niż gruczoły dna.

Co do linji granicznej, odgraniczającej okolicę gruczołów dna od gruczołów odźwiernika, to — według Oratora i Konietznego — okolica gruczołów dna sięga na małej krzywiźnie do kąta (*angulus*), a na dużej — dalej do części odźwiernikowej tuż w pobliżu odźwiernika. A zatem granica ta przebiega skośnie od kąta na krzywiźnie małej do okolicy odźwiernika na krzywiźniej dużej.

Zachowanie się tkanki łącznej ma dla oceny zmian patolo-

gicznych duże znaczenie. W żołądku, który z pewnem prawdopodobieństwem uważać należy za normalny, znajduje się tkankę łączną tylko w skąpej ilości. Dotyczy to szczególnie okolicy dna, gdzie jeden przewód gruczołowy leży tuż przy drugim, a ilość tkanki łącznej jest bardzo nieznaczna. W okolicy odźwiernikowej *stroma* jest bogatsza, tkanka łączna jest względnie uboga w komórki.

Poglądy na to, co należy uważać za normalną liczbę komórek, są rozmaite. Zdaniem Konietznego — w przeciwieństwie do innych, liczba komórek, przewyższająca znacznie ich liczbę w normalnych żołądkach, ma wskazywać na pozostałość po przebytych sprawach chorobowych. Dotyczy to szczególnie limfocytów i grudek limfatycznych.

Rozpoznanie kliniczne „*gastritis*" mówi nam, iż istnieje wyraźne podłoże anatomopatologiczne pewnych zaburzeń żołądkowych. Często używane określenie „nieżytu żołądka" jest niejasne, gdyż z nazwą „nieżytu" łączymy pojęcie nietylko kliniczne, lecz i anatomo - patologiczne. Nazwa ta, jako taka, stwierdza bowiem istnienie zapalenia tylko powierzchownej warstwy śluzówki. Nie odpowiada to jednak właściwemu procesowi zapalnemu. Dziś możemy powiedzieć napewno, iż nie istnieje rozległy proces zapalny, ograniczający się jedynie do powierzchownej warstwy śluzówki żołądka. Zawsze zostaje wciągnięty w grę również i układ gruczołowy. Za tem przemawiają badania doświadczalne. Mamy więc do czynienia nie z nieżytowem, lecz z miąższowem zapaleniem. Należy zatem używać nazwy „*gastritis*", czyli zapalenia żołądka, jako najbardziej charakteryzującej zmiany anatomopatologiczne w śluzówce tego narządu.

Systematyczny opis zmian anatomo - patologicznych, które ujmujemy pod nazwą „*gastritis simplex*", przedstawia pewne trudności. Wskazany przeto jest podział na „*gastritis acuta*" i „*gastritis chronica*". Nie należy jednak zapominać, iż zmiany ostre i przewlekłe obserwuje się w zasadzie jednocześnie obok siebie. Jasnem jest jednak, iż pewnego dnia rozwija się w dotychczas normalnej i zdrowej śluzówce po raz pierwszy proces zapalny, tak, iż mamy wtedy do czynienia z zapaleniem ostrem w ścisłem tego słowa znaczeniu.

W zapaleniu ostrem chodzi właśnie o ten pierwszy, bądź

jeden z pierwszych ataków zapalnych, gdyż taki atak pozostawia po sobie mniej lub więcej wyraźne zmiany w śluzówce, które przy powtórzeniu się sprawy jeszcze się bardziej nasilają, a które to zmiany określamy nazwą „*gastritis chronica*".

To, co wiemy o ostrem zapaleniu żołądka z badań na trupach, jest niedostateczne. Najlepiej zbadane zostały utrwalone preparaty żołądka, otrzymane przy rezekcji tego narządu. Już Beaumont mógł obserwować u chorego z przetoką żołądkową ostre zapalenie żołądka w sensie ostrych zmian zapalnych w jego śluzówce.

W celu otrzymania mniej lub bardziej typowego obrazu wykonano szereg badań doświadczalnych, które polegały na wprowadzeniu najrozmaitszych środków drażniących (alkohol, fosfór, arsen, azotan srebra i t. p.). Pierwsze takie badania przeprowadzili Ebstein, Loesch i Popoff. Dane anatomopatologiczne o ostrem i podostrem zapaleniu żołądka u człowieka były do niedawna bardzo skąpe. Konietzny i jego współpracownicy Kalima i Puhl stwierdzali prawie we wszystkich preparatach rezekcyjnych (chodziło o owrzodzenie żołądka i dwunastnicy) obok wyraźnych zmian przewlekłych w śluzówce—również i takie, które należało zakwalifikować, jako ostre lub podostre. Na preparatach anatomicznych znajdowali oni z reguły następstwa świeżych i już wygojonych procesów zapalnych, co odpowiada przebiegowi klinicznemu. Po ustąpieniu silnego zapalnego bodźca pozostają zawsze mniej lub bardziej zaznaczone zmiany, które należą już do obrazu zapalenia przewlekłego. Zwykłe zapalenie żołądka, które przeważnie, jak wiadomo, dotyczy części odźwiernikowej, prawie nigdy nie jest cierpieniem rozsianem, lecz bardzo często występuje ogniskowo, przynajmniej w tym sensie, iż zmiany anatomiczne nie wszędzie są równomierne: obok ciężko schorzałych odcinków można stwierdzić odcinki mało lub wcale niezmienione. To występowanie równorzędne obok siebie zmian ostrych, podostrych i przewlekłych na jednym skrawku było przez Konietznego stwierdzane we wszystkich absolutnie preparatach. Istnieją zatem bardzo subtelne przejścia pomiędzy niemi, i stanowią one jakby rozmaite fazy tego samego procesu chorobowego.

Ostre lub podostre zapalenie żołądka cechuje makroskopo-

wo mniej lub bardziej wyraźne, często plamiste, siatkowate zaczerwienienie i obrzęk. Powierzchnia śluzówki pokryta jest ściśle przylegającą warstwą śluzu. Relief powierzchni przedstawia rysunek zamazany. Pola żołądkowe (*areae gastricae*) są naskutek obrzęku półkolisto uwypuklone, brózdy nie są tak delikatne, jak normalnie, lecz stanowią wklęsłe wgłębienia. Stwierdzić można drobne, punkcikowate powierzchowne krwawienia śluzówki. W obrębie obrzękłej i zaczerwienionej śluzówki zaobserwować można liczne powierzchowne, małe, kraterowate i większe okrągłe ubytki śluzówki - nadżerki, przeważnie z wyraźnem zgrubieniem dokoła. Owe nadżerki są najczęściej pokryte szarobiałym włóknikiem. Gruczoły limfatyczne są w obrębie *antrum* z reguły zaczerwienione.

Obserwowane makroskopowo w ostrem zapaleniu wyraźne zaczerwienienie, głównie w obrębie nadżerek, jest, jak to wykazuje badanie mikroskopowe, spowodowane przez przekrwienie zapalne. Naczynia włoskowate są znacznie rozszerzone i wypełnione oraz skręcone wężykowato. Zdaniem Konietznego, nie jest to wyraz spastyczno - atonicznego zespołu objawów, jak to uważają pewni autorzy. Według tych ostatnich ten stan naczyń ma być typowy dla owrzodzeń żołądka w sensie miejscowej skłonności chorobowej, która ma odpowiadać ogólnej stygmatyzacji chorych z owrzodzeniami (*vasoneurosis* według Müllera).

To samo, co widzi się już makroskopowo, potwierdza się również przy badaniu drobnowidowem. Najważniejsze zmiany dotyczą komórek głównych; przy dłuższem trwaniu procesu zapalnego komórki okładzinowe, odporniejsze naogół od komórek głównych, wykazują również zmiany patologiczne. Do najważniejszych zmian zaliczyć należy zapalne ubytki nabłonkowe — nadżerki, które występują z reguły w ostrych i podostrych zapaleniach żołądka (Kalima, Konietzny, Moszkowicz, Puhl). Autorzy ci nigdy nie obserwowali t. zw. nadżerek krwotocznych, ani razu nie widzieli powierzchownych ubytków śluzówki w obrębie przekrwionych odcinków, które miałyby powstać naskutek strawienia tkanki od góry wgłąb. Autorzy ci podkreślają iż nadżerki obserwowali oni wyłącznie w obrębie wyraźnych zmian zapalnych śluzówki żołądka i tylko naskutek tych ostatnich. Przy ich powstawaniu proteolityczne działanie soku żo-

łądkowego ma nie odgrywać żadnej roli. Chodzi tu jedynie i wyłącznie o zapalne uszkodzenie śluzówki. W miarę postępowania procesu zapalnego mogą w ten sposób powstawać owrzodzenia śluzówki.

Tam, gdzie nabłonek jest uszkodzony, wycieka wysięk zapalny, znajdujący się na powierzchni śluzówki w obrębie nadżerek, i tworzy białawe błony, które stwierdzić można na ich dnie już makroskopowo. Zazwyczaj krwinek w nich się nie znajduje. Czasami jednak powstają z tych nadżerek duże krwotoki kapilarne, niekiedy nawet śmiertelne.

Zmiany tkankowe, które pozostają jako następstwo ostrego lub podostrego zapalenia i które nadal rozwijają się naskutek zapalnych, w pewnym kierunku postępujących procesów (zanik lub przerost), określamy jako przewlekłe zapalenie żołądka.

Zapalenie żołądka przewlekłe przedstawia już makroskopowo wyraźne zmiany, które dotyczą przedewszystkiem rysunku śluzówki. Charakterystyczne jest nieregularne rozmieszczenie pól różnej wielkości i wysokości, kształtu jakby płytkich lub uwypuklonych brodawek. Brózdy są niewyraźne, bądź zanikłe, na innych znów miejscach — zagłębione. Jest to stan, który miał cechować pojęcie *„Etat mamellоné"* (L o u i s), względnie *status mamillaris*.

Podobnież jak w zapaleniu ostrem, zmiany dotyczą głównie *antrum*. Potwierdzili to wszyscy nowi autorzy (S t o e r k, K a l i m a, K o n i e t z n y, P u h l, O r a t o r, Z a o r s k i).

Część przywpustowa żołądka jest przeważnie wolna od zmian zapalnych. W tej części śluzówki obserwował S t o e r k bardzo często *„état mamélloné"* — stan przerostu, który uważa za przerost wyrównawczy. Zdaniem tego autora śluzówka tej części żołądka ma wyrównać czynnościowo niedomogę wydzielniczą w części zmienionej. Odmiennego zdania jest K o n i e t z n y — pogląd, iż chodzi tu o anatomiczne dostosowanie się do zaburzeń czynnościowych, spowodowanych przez zapalenie żołądka, jest z tego względu nie do przyjęcia, gdyż, jak wiadomo, zmiany zapalne obejmują jedynie odcinek gruczołów odźwiernikowych i przylegających gruczołów dna. Wypadnięcia czynności gruczołów odźwiernikowych w żaden sposób nie uzupełnią przerostowe grucz-

ły dna. Z tego też względu należy, zdaniem Konietznego, odrzucić nazwę „état mamélloné" w pojęciu Stoerka.

W zapaleniu przewlekłem stwierdzić można zmiany i w pozostałych warstwach ściany żołądka. Już Foerster i Orth notowali, iż prawie zawsze występuje przerost mięśniówki w obrębie antrum. Jak to wykazał Foerster, przerost ten wzmaga się w kierunku odźwiernika. Potwierdziły to badania Stoerka i Konietznego. Przerost ów ma swój wyraz w wyraźnej sztywności ściany żołądka, przyczem może on być w obrębie odźwiernika tak znacznego stopnia, iż prowadzi do przerostowego zwężenia odźwiernika (Ewald, Boas, Faber).

Mikroskopowo stwierdza się mniej lub bardziej wyraźną przebudowę śluzówki. Zmiany te nie przebiegają w jednym kierunku, obserwuje się tu wyraźny zanik gruczołów, a więc atrofję śluzówki (*gastritis atrophicans progresiva* — Lubarsch), która często idzie w parze z przerostowem bujaniem nabłonka. Najwyraźniejsze zmiany stwierdza się w obrębie gruczołów.

Dość często w przewlekłem zapaleniu żołądka obserwuje się t. zw. hetorotropowe bujanie gruczołów; są to nietypowe, obce dla danego odcinka przewody gruczołowe w różnych miejscach ściany żołądka. Dokładnie opisuje je Lubarsch. Z chwilą gdy cichnie proces zapalny, rozpoczyna się epiteljalizacja, i zapalny ubytek nabłonkowy zamyka się. Nowoutworzony nabłonek składa się z niskich i płaskich komórek, leżących pojedyńczo, bądź grupami, a obok nich znajdują się komórki kubkowe. Niektóre dołeczki (*foveolae*) podobne są wówczas do gruczołów Lieberkühna. Lubarsch sądzi, iż zmiany powyższe z chwilą całkowitego wyleczenia mogą się cofnąć. Jest to jednak mało prawdopodobne, aby ciężkie i rozległe schorzenie śluzówki mogło się całkowicie cofnąć do stanu normalnego.

Co do zachowania się tkanki śródmiąższowej, to zawsze stwierdzić można jej zwiększenie się: im wyraźniejszy jest zanik gruczołów i im bardziej przewlekła sama sprawa zapalna — tem większe bujanie tkanki łącznej.

Reasumując powyższe o zmianach anatomopatologicznych, stwierdzić możemy, iż w schorzeniu żołądka, które określamy nazwą „*gastritis*", obserwujemy w śluzówce zmiany, charakterystycz-

ne dla procesu zapalnego. Już makroskopowo stwierdzalnemu obrzękowi i zaczerwienieniu śluzówki odpowiadają charakterystyczne zmiany zapalne w nabłonku i tkance śródmiąższowej, które opisaliśmy powyżej. W okresie ostrym przeważają degeneracyjny zanik miąższu, nagromadzenie w tkance śródmiąższowej wielojądrzastych leukocytów, limfocytów, rozsiane i ograniczone nagromadzenie wysięku, przewędrowanie leukocytów przez nabłonek, częste powstawanie ubytków. Chodzi tu zatem, jak wspominaliśmy, nie o zapalenie kataralne w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz o stan zapalny, obejmujący całą śluzówkę. W okresie podostrym występuje wyraźne regeneracyjne bujanie nabłonka i tkanki łącznej. Okres przewlekły cechuje tworzenie nietypowych, częściowo heterotropowych gruczołów, bądź też zanik miąższu z mniej lub więcej wyraźnem bujaniem tkanki łącznej, z nagromadzeniem limfocytów, komórek plazmatycznych, eozynochłonnych i ciałek Russela. W daleko posuniętym zaniku miąższu śluzówka bardzo cieńczeje (*gastritis atrophicans*). Często obok zaniku miąższu gruczołowego obserwuje się nowotworzenie w kształcie polipów (*gastritis polyposa*). Konietzny proponuje dla określenia tych stanów nazwę: *gastritis atrophicans polyposa*.

* *
*

Duże znaczenie dla klinicysty posiada sprawa stosunku zmian zapalnych śluzówki żołądka do zaburzeń wydzielniczych. Początkowo, opierając się na doświadczeniach Beaumonta i Pawłowa, twierdzono, iż zmniejszone wydzielanie soku żołądkowego jednocześnie ze zwiększonem wytwarzaniem śluzu jest charakterystyczne dla zapalenia żołądka. Ewald podawał, iż w ostrem i przewlekłem zapaleniu czynność gruczołów jest zawsze upośledzona; popierać to miały licznie cytowane przypadki bezsoczności (achylji), w których anatomicznie stwierdzano zapalenie zanikowe (*gastritis atrophicans*). Dalsze jednak badania wykazały, iż obok zapaleń, przebiegających ze zmniejszonem wydzielaniem soku żołądkowego (*gastritis anacida*), istnieją z całą pewnością takie, w których wydzielanie jest normalne, bądź nawet wzmożone (*gastritis acida*). O przewlekłych zapaleniach, przebiegających z hipersekrecją, pisali u nas Jaworski, Gluziński,

Rejchman i inni i określają je, jako kwaśne kataralne cierpienie żołądka. Owe kwaśne katary cechują się tem, iż żołądek nigdy nie jest próżny, i że nawet naczczo stwierdza się w nim duże ilości soku żołądkowego. Badanie mikroskopowe tego soku wykazuje liczne jądra rozpadłych leukocytów, t. zw. ślimacznice i liczne złuszczone komórki nabłonkowe.

Przypadki te były badane anatomicznie przez Korczyńskiego i Jaworskiego, którzy wykazali, iż zapalenia żołądka przebiegać mogą z hipersekrecją i nadkwaśnością, co określają nazwą *gastritis acida*.

W wielu przypadkach owrzodzeń żołądka ze stałem zwiększonem wydzielaniem soku autorzy ci stwierdzali w odcinkach, bardzo oddalonych od miejsc owrzodzeń:

1) zmiany makroskopowe: obrzmienie i zgrubienie śluzówki z mniej lub więcej wyraźnym „*état mamélloné*",

2) drobnokomórkowe nacieki w tkance śródgruczołowej, w podśluzówce i w świetle gruczołów,

3) zwyrodnienie i rozpad komórek głównych, podczas gdy komórki okładzinowe były dobrze zachowane, i

4) rozpad przewodów gruczołowych — a na ich miejsce drobnokomórkowe nacieki.

Chodziło tu zatem o stan zapalny śluzówki żołądka, który spowodował wzmożone wydzielanie soku.

Hipersekrecję i nadkwaśność stwierdzali w t. zw. *ulcusgastritis* bardzo liczni autorzy, jednakże obserwowano to zjawisko również w zapaleniach żołądka bez owrzodzeń. Przypadki takie opisują Hayem, jako *Gastrite hyperpéptique*. Również Bouveret, Albu, Albu i Koch, Strauss, Meyer i inni uważali, że przyczyną zwiększonego wydzielania soku w ich przypadkach było zapalenie śluzówki żołądka — w przeciwieństwie do Ewalda, który wzmożone wydzielanie uważa za objaw nerwicy żołądkowej.

Badania doświadczalne Popoffa, który sztucznie powodował powstawanie zapaleń żołądka, wykazały, iż każde uszkodzenie śluzówki żołądka, byle nie było znacznego stopnia, powoduje zwiększone wydzielanie.

W zapaleniach żołądka z hipersekrecją stwierdza się ostre i podostre zmiany śluzówki i to głównie w *antrum*, przyczem miąższ

jest jeszcze zachowany; zaś zapaleniom żołądka z bezsocznością (achylją) odpowiada głębokie, a często całkowite uszkodzenie miąższu w sensie przewlekłych zmian zanikowych.

Fakt, iż z punktu klinicznego nie uznawano zapalenia żołądka ze wzmożonem wydzielaniem soku, ma swe źródło w tem, iż nie wiedziano, względnie zapominano o tem, iż zwykłe zapalenie żołądka nie musi być rozlane, lecz może obejmować tylko część żołądka i to głównie *antrum* (t. zw. *antrumgastritis*).

Ponieważ, jak to wykazały liczne badania, całkowita bezsoczność może być często następstwem przewlekłych zmian bez całkowitego zaniku gruczołów w dnie żołądka, wyprowadza F a b e r wniosek, iż w tych przypadkach mogą stosunki wydzielnicze wrócić do normy, o ile stan zapalny się poprawi. Opierając się na tem, występuje on przeciw zarzutowi, iż bezsoczność, zanikająca po dłuższem okresie trwania i ustępująca miejsca znów normalnym stosunkom wydzielniczym, przemawia przeciwko tłu organicznemu (E i n h o r n, M a r t i u s i inni). Może bowiem w przypadku bezsoczności (achylji) istnieć zapalenie żołądka, a powrót do normalnego wydzielania może być skutkiem poprawy owego stanu zapalnego. Potwierdzałoby to doświadczenie K a l k a. Stwierdzał on bezsoczność u 18-letniego chłopca, który napił się kwasu solnego w celu samobójczym. W 3 — 4 tygodnie później wystąpiła bezsoczność, która znikła po 10 tygodniach, przywracając normalne stosunki wydzielnicze.

* *
*

Jeśli chodzi o stosunek zapaleń żołądka do owrzodzeń, to oddawna wiadomo, iż śluzówka tuż w pobliżu owrzodzenia żołądkowego wykazuje zmiany zapalne. Mało jednak danych jest w piśmiennictwie o zachowaniu się śluzówki, położonej zdala od owrzodzenia. Wielu badaczy zaprzecza istnieniu zmian zapalnych w przewlekłem owrzodzeniu. Jednakże już rozmaici dawni autorzy (C r u v e l h i e r, R o k i t a n s k y i inni), jak i nowsi (E w a l d, H a u s e r, H a y e m, M a t h i e u, B o a s, K o r c z y ń s k i, J a w o r s k i, S t r a u s s i i.) stwierdzali współistnienie zapalenia obok owrzodzeń.

Badania owe wykazują, iż przewlekłemu owrzodzeniu może towarzyszyć zapalenie żołądka, które należałoby, według tych autorów, traktować jako sprawę wtórną (R o k i t a n k s y, O r t h, L e u b e, F a b e r i inni). Pogląd ten uległ rewizji w świetle nowszych badań anatomicznych utrwalonych preparatów żołądka, otrzymanych przy resekcji; pozwoliły one bowiem na należytą ocenę występowania i częstości występowania zmian zapalnych śluzówki zdala od owrzodzeń. Badania te przeprowadzili K o n i e t z n y i K a l i m a, i okazało się, iż w 100% przypadków stwierdza się mniej lub bardziej wyraźne zmiany zapalne w *antrum*. Fakt ten potwierdzili również i inni autorzy (O r a t o r, P u h l, L e h m a n n i inni), również w przypadkach owrzodzeń dwunastnicy stwierdzono w 100% — obok zapalenia dwunastnicy również zapalenie żołądka.

Ostatnio zwracają na to uwagę F i n s t e r e r, M a d l e n e r i Z a o r s k i, którzy w wyciętych częściach przyodźwiernikowych, nawet wobec wrzodów odległych od odźwiernika, stwierdzali zawsze ciężkie postacie zapalenia błony śluzowej tych części.

Odmienne liczby, podawane przez innych autorów, należałoby tłumaczyć tem, iż tamci często badali śluzówkę dna, która, jak wiadomo, najczęściej zmiany zapalne wykazuje w części gruczołów odźwiernikowych, pozostała zaś jej część jest bądź wcale niewciągnięta, bądź tylko w nieznacznym stopniu.

Co do wzajemnego stosunku zmian zapalnych i owrzodzeń, to już C r u v e i l h i e r stwierdził, iż istnieje między temi sprawami chorobowemi ścisły związek przyczynowy. Również W i k t o r o w s k i uważa owrzodzenie za jedno z następstw przewlekłego zapalenia śluzówki żołądka. Ostatnio A s c h o f f podaje, iż w pewnych warunkach również zapalne zmiany śluzówki mogą powodować powstawanie nadżerek i nawet owrzodzeń. U nas K o r c z y ń s k i i J a w o r s k i doszli do wniosku, iż kwaśny katar żołądka może wywołać powstanie owrzodzenia. M a t h i e u i M o u t i e r sądzą, iż zapalenie żołądka odgrywa dużą rolę w powstawaniu owrzodzenia żołądka, i że owrzodzeniu często towarzyszy t. zw. „*gastritis hyperpeptica*". Podobnież B o a s stwierdza, iż owrzodzenia mogą powstawać na tle przewlekłych procesów zapalnych śluzówki. S t o e r k wskazuje

na właściwości przewlekłych zapaleń żołądka tworzenia małych ubytków śluzówki.

Badania Konietznego, Puhla i Kalimy wykazały, iż pierwotną sprawą jest przewlekłe zapalenie śluzówki; owrzodzenie zaś jest sprawą wtórną. Szereg przytoczonych przez tych autorów przypadków dowodzi niezbicie, iż z ubytków zapalnych (erozyj) mogą powstawać typowe owrzodzenia. W wielu przypadkach zapaleń żołądka i dwunastnicy, w których nie stwierdzono owrzodzenia przewlekłego, znajdowano liczne przejścia od zapalnych nadżerek aż do ostrych owrzodzeń. Potwierdziły to również badania doświadczalne (Kalb) i gastroskopowe. Korbsch notuje we wszystkich przypadkach owrzodzeń, również i w owrzodzeniach drążących, przewlekłe zapalenie żołądka, które uważa za *conditio sine qua non* dla powstawania owrzodzeń. W wielu przypadkach, w których wykonano kilkakrotnie u każdego chorego gastroskopję, autor stwierdzał za każdym razem obraz „*gastritis recidivans*" i dopiero po pewnym czasie obserwował u tego samego chorego owrzodzenia z niszami.

Drugą zasadniczą kwestją w zagadnieniu stosunku zapaleń żołądka do owrzodzeń jest pytanie, w jakich warunkach rozwija się z nadżerki zapalnej typowe owrzodzenie, i dlaczego znaczna część tych rozsianych ubytków, jakie obserwujemy w zapaleniu żołądka, względnie dwunastnicy, goi się, a typowe przewlekłe owrzodzenia powstają z reguły w pewnych określonych miejscach, a mianowicie w odźwierniku, na krzywiźnie małej i na przedniej lub tylnej powierzchni opuszki dwunastnicy, nie mając tendencji do gojenia się.

Otóż, zdaniem Konietznego, w tych ulubionych miejscach owe ubytki dlatego się nie goją, iż ustąpieniu sprawy zapalnej, powodującej powstawanie tych ubytków, przeszkadzają pewne czynnościowo - mechaniczne czynniki, które powodują powstawanie z nadżerki ciężko lub wcale niegojącego się przewlekłego owrzodzenia.

Na podstawie klinicznie i anatomicznie zbadanych przypadków wykazano, iż wszystkie klasyczne objawy owrzodzeń występować mogą w banalnem zapaleniu żołądka; innemi słowy, zapalenie to dawać może wszystkie objawy, które uważamy za charakterystyczne dla owrzodzeń żołądkowo-dwunastniczych. Liczne ope-

racje chorych z rozpoznaniem owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy owrzodzenia nie wykazują.

Należy podkreślić fakt, iż banalne zapalenie żołądka na szczycie ostrości zmian przebiegać może z objawami ostrego zapalenia otrzewny, spowodowanego przedziurawieniem. Bardzo obfite krwotoki żołądkowe mogą być również następstwem zapalenia. Zwrócił już na to uwagę F a b e r.

We wszystkich tych przypadkach chodzi o t. zw. *antrumgastritis*. Względnie jasne są dla objaśnienia te przypadki, w których stwierdza się w śluzówce mniej lub bardziej wyraźne nadżerki, mogące często powodować krwotoki kapilarne. Zazwyczaj krwotoki, przez te nadżerki spowodowane, nie są niebezpieczne, mogą jednak w wyjątkowych przypadkach być śmiertelne (D i e u l a f o y, H a m p e l n, L a n g e r h a n s i inni). Chodzi tu o t. zw. *gastritis ulcerosa*.

Zapalenia śluzówki żołądka mogą wreszcie, jak to potwierdzają obserwacje B o a s a, F a b e r a, B o r g b j a r g a, K e m p a i innych, wywoływać objawy ciężkiego zwężenia odźwiernika. W przypadkach tych mamy do czynienia częściowo ze zwężeniem organicznem, jako następowem samego zapalenia, częściowo ze stałemi kurczami, towarzyszącemi zapaleniu żołądka.

Ostatnio odrzuca się wpływ kwasu żołądkowego na powstawanie i rozwój owrzodzeń. Zmniejszone wytwarzanie kwasu, np. po rezekcji, jest objawem ubocznym, zresztą wcale niepożądanym.

Żołądek odgrywa, jak wiadomo, rolę, nietylko jako narząd trawienny, lecz również niemniej ważne jest jego działanie dezynfekujące. Nie jest to, ma się rozumieć, obojętne dla przebiegu operacji. Obecność kwasu solnego jest dla gojenia się rany pożyteczna. To też K o n i e t z n y, w przeciwieństwie do ogólnych poglądów, radzi podawać bezpośrednio po rezekcji, zwłaszcza, gdy przed operacją była już niedokwaśność, kwas solny z pepsyną i otrzymywał w ten sposób dobre wyniki. Nigdy nie obserwował przytem szkodliwego działania kwasu. To przemawiałoby za tem, iż zachowanie się kwasoty żołądkowej nie ma znaczenia dla przebiegu operacyjnego. Wyniki operacyjne, abstrahując od błędów technicznych i zrostów, zależą od miejscowych zmian w śluzówce żołądkowej.

Reasumując powyższe, należałoby przyjąć, iż typowe owrzo-

dzenie żołądkowo - dwunastnicze może być pochodzenia zapalnego, rozwija się na tle istniejącego zapalenia śluzówki, i że zachowanie się kwasoty nie odgrywa w powstaniu jego roli decydującej. *Ulcus pepticum* w dawnem znaczeniu bądź wcale nie istnieje, bądź jest wyjątkiem. Wyleczenie po dokonanej rezekcji następuje nie naskutek zmniejszenia powierzchni żołądka, ani naskutek usunięcia *antrum*, bądź odźwiernika, działającego jako odruchowy ośrodek wydzielniczy dla gruczołów dna, lecz naskutek usunięcia odcinka, przedstawiającego z reguły najcięższe, bądź wyłączne zmiany zapalne.

Jak wynika z powyższego, nowsi autorzy stoją na stanowisku, iż owrzodzenie żołądkowo - dwunastnicze jest cierpieniem miejscowem, którego tłem jest stan zapalny śluzówki. Czynniki konstytucjonalne odgrywają o tyle tylko rolę, iż powodują odmienną indywidualną wrażliwość śluzówki wobec drażniących bodźców zapalnych.

* *
*

Jeśli chodzi o stosunek zapaleń do raków, to badania nowszych czasów wykazały, iż rakowi żołądka zawsze towarzyszy przewlekłe zapalenie śluzówki żołądkowej. W przypadku, opisanym przez S. M i n t z a, stwierdzono w przebiegu raka żołądka ropne rozlane zapalenie tego narządu. Dawniej traktowano je jako następstwo raka i sprawę wtórną. Dopiero S a l t z m a n i K o n i e t z n y stwierdzili, iż owo zapalenie jest sprawą pierwotną. Przemawiały za tem obserwacje wczesnych przypadków, gdzie anatomicznie można było zauważyć bezpośrednie przejście od zmian zapalnych śluzówki do bujania rakowatego.

Jak przedstawia się sprawa powstawania raka na gruncie zapalnym? Jak wiadomo, przewlekłe zapalenie śluzówki żołądka doprowadzić może do hiperplastycznego bujania śluzówki aż do tworów brodawkowatych. W tych tworach znajdują się nabłonki, wyraźnie różniące się od nabłonka żołądkowego. Są one wielokątne, bądź okrągłe, często wielopostaciowe, posiadają duże, silnie barwiące się, często pyknotyczne jądra z licznemi mitozami, często ułożone wielowarstwowo. Miejsca takie przypominają obraz, stwierdzany w brodawkowatych rakach żołądka. Postaci te okre-

ślić można jako stan przedrakowy, gdyż owe nietypowe rodzaje nabłonka i gruczołów wykazują rozrost destruktywny (Hauser, Lubarsch, Menetrier).

Bardzo pouczający w tym sensie i przekonywający jest przypadek opisany przez Konietznego.

57-letni robotnik miewa od 3-ch tygodni codziennie po jedzeniu, również i po ruchach, często też w nocy bóle o charakterze ściskającym w okolicy żołądka. Apetyt dobry. Odbijań, ani wymiotów nie miewa. Dolegliwości z dnia na dzień zwiększały się. Przed 2 laty przez dłuższy okres czasu takie same bóle. Przy badaniu stwierdzono odżywianie mierne, zabarwienie powłok blade, bolesność przy obmacowywaniu nadbrzusza. Badanie treści żołądkowej wykazało bezsoczność, w kale trzykrotnie próba na krew dała wynik dodatni. Przy badaniu rentgenowskiem skonstatowano rozszerzenie żołądka, dużą warstwę pośrednią, perystaltykę wzmożoną na zmianę z atonją. Rozpoznanie brzmiało *pylorostenosis, ulcus duodeni? carcinoma?* Dokonano laparotomji, przyczem znaleziono zgrubiałą ścianę przedsionka *antri* i naskutek podejrzenia raka wykonano rezekcję według Billrotha I. Chory czuje się po operacji już szereg miesięcy bardzo dobrze. Na skrawku wyciętego żołądka stwierdzono anatomicznie bardzo wyraźny przerost mięśniówki *antri*. Śluzówka przedstawiała obraz daleko posuniętego przewlekłego zapalenia o charakterze zanikowym (*gastritis atrophicans*), z kilku jednak tworami brodawkowatemi.

Na brzegach tych tworów śluzówka wykazywała zmiany właściwe przewlekłemu zapaleniu; bardziej ku środkowi owego zgrubienia śluzówki nietypowość gruczołów zwiększała się. Tutaj znaleziono obraz raka galaretowatego. Obraz ten stwierdzono tylko w tem jednem miejscu, poza tem zaś — przewlekłe zmiany zapalne.

W wyżej przytoczonym przypadku chodziło o ciężkie, zanikowe, rozlane przewlekłe zapalenie z małym rakiem galaretowatym, wychodzącym jakby z tych zmian zapalnych.

Pod względem klinicznym ważne jest to, iż pacjent już przed 2 laty miał dolegliwości żołądkowe, które po dłuższej przerwie odezwały się przed 3-ma tygodniami i doprowadziły do zabiegu. Widocznie zmiany zapalne musiały już wówczas istnieć. Podobnie podnosi Lubarsch, iż nierzadko stwierdzić można przejście między przewlekłemi sprawami zapalnemi, tworzeniem polipów a rakiem.

Wychodząc z założenia, iż zapalenie żołądka może być z jednej strony tłem dla powstania owrzodzenia, z drugiej — raka, powstaje pytanie, czem różni się t. zw. *ulcusgastritis* od *carcinomgastritis.*

Naogół powiedzieć można, iż zasadnicza różnica polega na tem, iż w owrzodzeniu przeważają procesy alteratywne, w rakach zaś obserwujemy końcowy okres zapalenia, aczkolwiek w owrzodzeniu prawie nigdy nie brak zmian zapalnych przewlekłych, a w raku — ostrych lub podostrych.

W *ulcusgastritis* przeważnie stwierdzamy leukocytowy naciek tkanki śródmiąższowej z nagromadzeniem wysięku, wędrowanie leukocytów poprzez nabłonek, świeży degeneracyjny zanik miąższowy, powstawanie zapalnych nadżerek.

W *carcinomgastritis* przeważa zanik miąższu z nietypowem bujaniem, heterotropowe bujanie gruczołów, naciek z limfocytów i komórek plazmatycznych, ciałka R u s s e l a.

Poza tem różnica polega na tem, iż w *ulcusgastritis* chodzi z reguły o *antrumgastritis*, podczas gdy w rakowatem zapaleniu mamy przeważnie zapalenie rozlane (*pangastritis*).

Jak to już na początku zaznaczyłem, znaczenie zapaleń żołądka ulegało dużym wahaniom w przebiegu czasu. O ile obecnie zaczęto się niemi znów interesować, to dzieje się to dzięki postępowi metodyki, która wciąż znajduje się w okresie rozwoju.

Badania owe pozwalają już obecnie za życia stwierdzać z całą pewnością pewne zmiany i wykazują dużą częstość tych zapaleń o przebiegu przewlekłym.

O ile jednak dotąd nie uzyskaliśmy dostatecznej pewności rozpoznawczej w tem cierpieniu, ponieważ metodyka badań nie jest jeszcze udoskonalona, to częstość już dziś objektywnie stwierdzanych zapaleń żołądka prowadzić musi do wniosku, że występują one znacznie częściej, niż je klinika rozpoznaje. Stąd wniosek, iż takie rozpoznania, jak dyspepsja, cierpienia nerwowe żołądka i t. p., muszą ulec rewizji pod tym kątem widzenia, iż zapalenie żołądka często występuje, czy to jako cierpienie samoistne, czy to jako towarzyszące innym stanom chorobowym — jak owrzodzeniu żołądka, rakom, gruźlicy, zapaleniu płuc, grypie, zapaleniu wyrostka robaczkowego, zapaleniu pęcherzyka żółciowego, rozlanym procesom chorobowym wątroby, nieżytom kiszek i t. d.

PIŚMIENNICTWO.

1. A s c h o f f. Mediz. Klin. 1928, Nr. 50.

2. B e r g. Röntgen-Untersuchungen am Innenrelief des Verdauungskanals. Thieme — Leipzig.

3 v. Bergmann. D. M. W. 1929, Nr. 42.
4. Boas. Diagnostik u. Therapie d. Magenkrankh. Thieme 1925.
5. Gutzeit. Erg. inn. Med. 1929, Nr. 35.
6. Hohlweg. M. m. W. 1924, Nr. 16, str. 506.
7. „ „ 1927, Nr 18, str. 751.
8. Kalk. Kl. W. 1929, Nr. 2.
9. Katsch-Mohr-Staehelin. Handb. d. inn. Med. 1926.
10. Katsch i Kalk Kl. W. 1926, Nr. 25.
11. Kauffmann. D. M. W. 1929, Nr. 42.
12. Konietzny. Henke-Lubarsch. Handb. d. Pathol. 1926. Springer.
13. „ D. M. W. 1929.
14. „ Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLIII.
15. Korbsch Arch. f. Verdgskrkh. T XLIV. Zesz. 3—4.
16. „ M. m. W. 1924, Nr. 43, str. 14 i 98.
17. Mintz. Gazeta Lekarska 1891.
18. Zaorski. Wrzód okrągły żołądka i jego leczenie.
19. „ Nowe spostrzeżenia o ruchomości części żołądka pozostałej po wycięciu.

Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Posiedzenie naukowe 21.X. 1931.

Obecnych 56. Przewodniczący Wejnert.

1. Matuszek. Pokaz łagodnego guza żołądka. (Autoreferat nie nadesłany).

Badanie preparatu anatomicznego nasuwa według Orzecha przypuszczenie, że zasadniczem schorzeniem jest w tym przypadku przewlekły nieżyt błony śluzowej żołądka, jako punkt wyjścia dla powstawania polipów.

Kaliciński jest zdania, że w przypadku demonstrowanym przez Matuszka, mamy do czynienia z łagodnym nowotworem śluzówki żołądka. Badanie histologiczne wykazuje utkanie typowe dla polipów gruczołowych.

Dolkart cytuje przypadek łagodnego guza żołądka, który obserwował 20 lat temu, operowany z wynikiem pomyślnym.

W dyskusji zabierali jeszcze głos Grundzach i Goldstein.

2. Płockier i Jan Kryński: Przypadek uchyłka dwunastniczego o ciężkim przebiegu klinicznym. (Autoreferat nie nadesłany).

Radliński proponuje zabieg doszczętny, polegający na wyodrębnieniu uchyłka i usunięciu go.

W razie obawy o należyte utrzymanie szwów w części pozaotrzewnowej dodać zespolenie żołądkowo - jelitowe.

Róbin sądzi, że może tu współistnieć uchyłek i owrzodzenie, ewent. uchyłek jest następstwem pierwotnego owrzodzenia. Za tem przemawiają typowe bóle na szczycie trawienia, obecność krwi w kale i brak objawów zastoinowych.

Różnicowanie między uchyłkiem a owrzodzeniem jest, jak twierdzi Rubinrot, na ekranie często bardzo trudne. W części zstępującej XII-cy, gdzie pokarm przechodzi szybko, rozpoznanie niszy wrzodowej jest względnie łatwe. Trudniejsze jest ustalenie zmian w samej opuszce XII-cy. Nieraz pewne rozpoznanie rentgenologiczne jest niemożliwe.

W tych przypadkach oddać nam może znaczne usługi zgłębnik dwunastniczy.

Lubelski niedawno był świadkiem operacji w Wiedniu (Finsterer) z powodu wrzodu dwunastnicy. Na preparacie po wycięciu stwierdzono obok owrzodzenia uchyłek.

Kaliciński uzupełnia podane przez P. i J. Kr. piśmiennictwo, przypominając pracę Kochanowskiego i Wszelakiego.

Grundzach zachęca do stosowania nadal zgłębnika kiszkowego, jako jedynego leczenia racjonalnego. Dopiero, gdyby nie udało się osiągnąć wyniku pomyślnego, skierować chorego do operacji.

Dolkart przyłącza się do zdania Róbina.

3. Werkentinówna: 3 przypadki kiły żołądka; pokaz roentgenogramów.

Rubinrot uważa, że oprócz formy żołądka w kształcie flaszki myśliwskiej brak charakterystycznych cech dla kiły żołądka. Decydujące znaczenie ma badanie kliniczne, ewent. próba leczenia swoistego, szczególnie w przypadkach zakwalifikowanych do operacji.

Sabat. Należy podkreślić, że podobne obrazy rentgenologiczne, jakie może dawać kiła żołądka, spostrzegamy często w

przypadkach raka i wrzodu trawiennego żołądka. Obrazu radjologicznego, któryby był charakterystyczny dla kiły żołądka, niema. Zrozumiemy to, gdy uprzytomnimy sobie zmiany anatomopatologiczne, które powoduje kiła żołądka. Pominąwszy kiłowy nieżyt żołądka (gastritis luetica), którego obrazu radjologicznego śluzówki dotychczas nie znamy, zmiany kiłowe żołądka, podobnie jak innych narządów, polegają na kilakach z tendencją do rozpadu i na rozroście tkanki łącznej z tendencją do zbliznowacenia. Wrzód kilakowy, o ile daje się uwidocznić, nie da się odróżnić radjologicznie od wrzodu trawiennego modzelowatego. Rozlane nacieczenia kilakowe i rozlane rozrosty łącznotkankowe prowadzą do podobnych obrazów radjologicznych, jak nacieczenia rakowate, tak np. zwężając światło przyodźwiernikowej części żołądka, powodują sylwetkę żołądka o typie „flaszki polowej"; zwężając środkową część żołądka, powodują żołądek dwudzielny (klepsydrowaty), zwężając zaś całe światło żołądka, prowadzą do obrazu, nieróżniącego się wcale od obrazu żołądka, jaki powoduje rak twardy, włóknisty (scirrhus). Przy odpowiednim obrazie radjologicznym do momentów, nasuwających podejrzenie kiły żołądka wzgl. przemawiających za nią, należą: dodatni odczyn Wassermanna, w stosunku do radjologicznie stwierdzonej ciężkiej zmiany organicznej żołądka nieznaczne tylko charłactwo i nieznaczna niedokrewność, młody wiek, w jakim rak zdarza się rzadko, dobry wynik leczenia przeciwkiłowego i t. d.

Jednego z przypadków, przedstawionych przez Kol. W e r k e n t h i n ó w n ę, w którym stwierdza się duży, okrągławy ubytek sylwetki żołądka, przemawiający za tworem patologicznym wielkości prawie pięści, mojem zdaniem, nie można odnieść do kiły żołądka, gdyż obraz ten nie daje się pogodzić z naszemi wyobrażeniami anatomo - patologicznych zmian kiłowych żołądka. Pożądane byłoby wiedzieć, jak w danym przypadku przedstawia się żołądek w prześwietleniu bocznem i w położeniu poziomem i czy wyłączono ewentualność guza pozażołądkowego, który uciska żołądek.

R ó b i n przypomina, że należy częściej, niż to zwykle się dzieje, myśleć o kile wątroby.

4. E l e k t o r o w i c z: a) Przypadek przepukliny przeponowej. b) przyp. uchyłkowatości esicy.

5. J. Nusbaum omawia przypadek, który dotyczył chorego lat około 40-tu; uchyłek dwunastnicy stał się przyczyną schorzenia trzustki.

Po 7 tygodniach pobytu w klinice wystąpiły nagle objawy ostrego zapalenia trzustki, które skończyło się zejściem śmiertelnem. Żadnych danych etjologicznych dla tego cierpienia nie stwierdzono.

Na sekcji znaleziono duży uchyłek dwunastniczy ze zmianami zapalnemi.

Posiedzenie naukowe dn. 25.XI. 1931.

Posiedzenie odbyło się na zaproszenie prof. Leśniowskiego w sali wykładowej I kliniki chirurgicznej. Obrady były poprzedzone pokazem kliniki oraz jej nowoczesnych urządzeń i adoptacyj.

Obecnych 50. Przewodniczy Wejnert.

Porządek dzienny.

1. Szenkier: Ectopia renis dextri pelvica—pokaz preparatu. Przyp. symulujący zapalenie wyrostka robaczkowego.

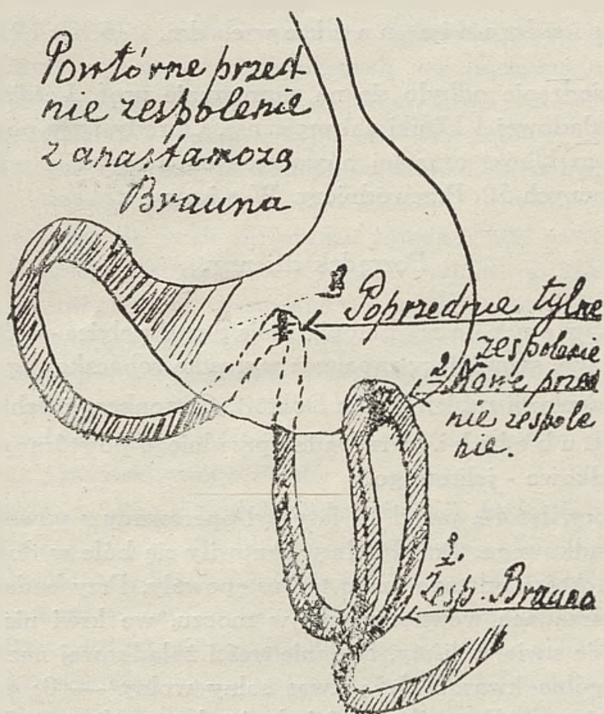
W dyskusji zabierali głos Dolkart, Cytronberg i Schlager.

2. Lubelski. Przypadek przedniego powtórnego zespolenia żołądkowo - jelitowego.

Chory, lat 44, przed 17 laty był operowany z powodu schorzenia żołądkowego. Przed 9 laty ponowiły się bóle w dołku podsercowym, które od tego czasu nie ustępowały. Przy badaniu chorego w narządach wewnętrznych, w moczu, we krwi nic patologicznego nie stwierdziliśmy. Badanie treści żołądkowej naczczo wykazało: ogólna kwasota 7,5; kwas solny wolny — 0; próba na krew — ujemna. Po próbnem śniadaniu: kwas solny — 0, ogólna kwasota — 15,4. Zdjęcia Rentgenowskie (Dr. Mesz) stwiedziły, co następuje: żołądek duży, treść kontrastowa nie przechodzi przez odźwiernik, natomiast w małej ilości przechodzi przez zespolenie. W 2 godziny po śniadaniu barytowem górna część żołądka, nad zespoleniem, opróżniona; natomiast w dolnej części żołądka znajduje się jeszcze połowa masy kontrastowej. Po 7 godzinach w żołądku znaczne za-

leganie, a po 10½ godzinach w żołądku — jeszcze resztki masy barytowej.

Rozpoznaliśmy niedostateczne opróżnianie się żołądka z powodu wysoko ułożonego zespolenia i postanowiliśmy dokonać rewizji uprzednio dokonanej operacji. Zabieg wykonaliśmy w znieczuleniu miejscowem. Stwierdziliśmy przy operacji mocne zrosty żołądka z siecią i przednią ścianą brzucha. Stare zespolenie znajdowało się na tylnej ścianie żołądka.



Wykonaliśmy nowe przednie zespolenie z anastomozą Brauna. Mianowicie, w odległości 30 centymetrów od starego zespolenia pętlę jelita czczego zespoliliśmy z przednią ścianą żołądka w miejscu dużej krzywizny, po przecięciu i podwiązaniu naczyń, a odprowadzającą pętlę nowego zespolenia połączyliśmy z pętlą doprowadzającą w najniższem jej miejscu. W ten sposób treść pokarmowa z żołądka przez zespolenie i wszystkie pętle mo-

gła przechodzić do ostatniej odprowadzającej pętli jelita. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Po zabiegu bóle ustąpiły. Przeszło już trzy miesiące od czasu dokonania zabiegu. Chory na nic nie narzeka, ma dobry apetyt i dobre samopoczucie.

Drugi chory, operowany był przeze mnie z tych samych powodów, co i pierwszy.

Pierwszy raz chory ten był operowany przed 11 laty i wykonane było tylne zespolenie żołądkowo - jelitowe. Przed pięciu laty u tego chorego dokonane było przeze mnie przednie zespolenie żołądkowo - jelitowe z anastomozą Brauna. Pacjent ciężko pracuje fizycznie; od czasu jednak powtórnej operacji żadnych dolegliwości nie ma, wszystko je; samopoczucie b. dobre.

3. K o n a r s k i: Przyp. pęknięcia urazowego śledziony; zabieg: splenectomia z zejściem pomyślnem.

W dyskusji N i e w i a d o m s k i cytuje podobny przypadek urazowego uszkodzenia śledziony. N. był zmuszony również usunąć śledzionę, potwierdza spostrzeżenia Konarskiego, zwraca uwagę na morfologiczny obraz krwi. Leukocytoza utrzymuje się często dłuższy czas nawet w okresie już zupełnego powrotu do zdrowia.

4. Prof. L e ś n i o w s k i: Przyp. guza wątroby (autoreferat nie nadesłany).

W e r t h e i m opisuje przyp. naczyniaka wątroby, stwierdzony podczas resekcji żołądka z innego powodu. Guz usunięto.

R a d l i ń s k i uważa, że w przyp. Leśniowskiego mieliśmy do czynienia raczej z naczyniakiem.

Naczyniak był wypełniony zakrzepem zorganizowanym.

W razie bąblowca powinniśmy byli spostrzedz t. zw. cuticulę, którą można rozpoznać makroskopowo.

S a i d m a n przytacza przyp. kilaka wątroby z rozpoznaniem przedoperacyjnem zapalenia pęcherzyka żółciowego.

5. Drugą część posiedzenia wypełnił odczyt prof. L e ś n i o w s k i e g o p. t.: O zewnętrznych przetokach kałowych (Ogłoszony drukiem w kwartalniku szpitala Im. Dziec. Jezus).

L u b e l s k i. Prof. Leśniowski słusznie zwraca uwagę, że dla zamknięcia zewnętrznej przetoki kałowej „wargowatej“ (wysłanej błoną śluzową) w większości przypadków powinniśmy dokonać otwarcia jamy otrzewnej, a jako akt wstępny zaszyć przed tem na

głucho przetokę, co daje pewność dokonania niezbędnego zabiegu w jamie brzucha w warunkach jałowych. Metoda do zaszycia przetoki, podana przez prof. Leśniowskiego, nieco różni się od metody proponowanej przez mnie, a opisanej w „Kwartalniku kliniczynym" Szpitala na Czystem w roku 1922. Dwa lata temu parę operowanych przypadków przedstawiłem na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Chirurgicznego. Metodą moją operowałem 20 pacjentów.

Posiedzenie dn. 16.XII.1931 r.

Obecnych 50 osób. Przewodniczy Wejnert.

1. S. Frank: Rak żołądka o niezwykłym przebiegu.

25 sierpnia 1931 r. widziałem chorą B. B., 50 l., która przebyła przed tygodniem krwotok żołądkowy. Chorą tę widziałem raz jeden poprzednio u siebie — przed 3 laty — narzekała wówczas na dolegliwości żołądkowe o charakterze nieżytowym. W międzyczasie chora miała się podobno zupełnie dobrze. Krwawienie było bardzo obfite; przez długi czas jeszcze ukazywały się stolce czarne. Chora narzekała na dolegliwości ze strony serca; łaknienie nie upośledzone. Stan ogólny stopniowo poprawiał się; jedynie dała się obserwować w ciągu 8 tygodni stała obecność krwi utajonej w kale. Badanie krwi w 2 miesiące po krwotoku: Czerw. ciałek 4.480.000; Hemoglobiny 81%; Ilość białych ciałek: 21.500 (!). Wzór — w granicach normy. Rozpoznawałem — wrzód żołądka oraz perigastritis. Wobec znośnego ogólnego stanu zdrowia chorej — postanowiłem, nie zważając na obecność krwi utajonej w kale — poddać chorą prześwietleniu promieniami Roentgena. (24 października). Wykazało ono u chorej, która poprzednio nie zwracała pokarmów, duże zaległości pokarmowe na czczo w żołądku. Wówczas po raz pierwszy — z pewną obawą — ostrożnie wprowadziłem zgłębnik, poczem wydobyłem dużą zawartość żołądkową o podejrzanym wyglądzie — brunatno-kawowe gęste masy o wybitnie kwaśnym zapachu. Następnie wykonane zdjęcie wykazało duży ubytek cieniowy na odźwierniku oraz małej krzywiźnie. Powtórne zdjęcie, wykonane przez innego rentgenologa, potwierdziło poprzednie rozpoznanie. Przed badaniem powtórnem — w treści żołądkowej badanej naczczo — stwierdzono brak kwasu solnego,

kwasota ogólna 160; pałeczki Boas-Opplera; krew — obecna; drożdże +.

Wobec stosunkowo młodego wieku chorej oraz ogólnego dobrego stanu (Hb — 81%) — chorą poddano zabiegowi chirurgicznemu. Na operacji stwierdzono wrzód modzelowaty na krzywiźnie małej — przenikający do trzustki. Chirurg — podczas operacji (1.XI) usunął ¾ żołądka; chora zniosła zabieg w miejscowem znieczuleniu dobrze. Na 5 dzień wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej i chora zmarła. Badanie anatomiczne wrzodu wykazało, iż ma się do czynienia z rakiem gruczołowatym

Uważałem za stosowne demonstrować Sz. Kolegom zdjęcia rentgenowskie przypadku powyżej omówionego — który jest o tyle ciekawy i rzadki, że chora z daleko posuniętą sprawą nowotworową znajdowała się stosunkowo w dobrym stanie ogólnym; jedynie krew utajona w kale stale stwierdzana naprowadziła na myśl o wrzodzie złośliwym. Poza doniosłem znaczeniem badania kału na krew utajoną — podkreślam wybitne znaczenie w danym przypadku badania promieniami Rentgena — dało ono nam możność wykrycia nowotworu niemacalnego przy badaniu, a w zupełności potwierdzonego przy zabiegu chirurgicznym.

2. S. Frank: Krwotoki kiszkowe w następstwie kamicy żółciowej.

Przypadek dotyczy chorej 43-letniej; 3 dzieci zdrowych; przebyła, mając lat 16, ospę; przed 14 laty ciężki dur plamisty. W roku 1929 — pierwszy napad kolki wątrobowej z biegunką w ciągu jednego dnia i ciepłotą 37,8°. W grudniu 1930 r. powtórnie bóle napadowe w okolicy podżebrza prawego z wysoką ciepłotą. Lekarz stwierdził wówczas zapalenie woreczka żółciowego, chora pozostała 6 tygodni w łóżku. W początku września r. ub. chora zasłabła — odczuwała bóle w dołku podsercowym, w prawem podżebrzu — promieniujące ku łopatce prawej. Chora przez dłuższy czas prócz słabości ogólnej nie odczuwała żadnych dolegliwości i nadal pracowała. Podczas pracy — nagle zemdlała i dopiero wówczas położyła się do łóżka. 9 września zastałem chorą w bardzo ciężkim stanie, o wyglądzie wybitnie bladym, tętno słabo wyczuwalne, bez gorączki. Brzuch — nieco wzdęty — nie bolesny przy badaniu. Chorą przewieziono do zakładu, gdzie otrzymywała dożylne zastrzykiwania rozczynu chlor-

ku wapnia, coagulenu oraz żelatyny przy zachowaniu diety ściśle płynnej. 20 września po lawatywie przeczyszczającej wystąpiło obfite krwawienie kiszkowe. Wobec ogólnego ciężkiego stanu chorej — tegoż dnia przetoczono chorej 300 ccm. krwi bezpośrednio od krwiodawcy. Stan ogólny natychmiast poprawił się, lecz 4 października, ponownie u chorej stwierdzono krwawienie, jeszcze obfitsze, niż poprzednie. Powtórnie — prócz innych środków hemostatycznych — zastosowano przetaczanie krwi w ilości 250 ccm. Chora znów się poprawiła, lecz w kilka dni podczas wypróżnienia odszedł wraz z kałem kamień żółciowy wielkości jaja gołębiego; nazajutrz jeszcze jeden kamień — mniejszy. Chora stopniowo wróciła do zdrowia.

Przypadek należy uważać za rzadki i ciekawy z punktu widzenia możliwości powstania krwotoków kiszkowych w związku z cierpieniem woreczka żółciowego. U nas Róbin i Nusbaum opisywali przypadki krwawienia utajonego w następstwie kamicy żółciowej. Jest rzeczą zajmującą wyjaśnienie powstania sprawy chorobowej. Chora przebyła zapalenie woreczka żółciowego. Po nim, należy przypuścić, powstały prawdopodobnie rozległe zrosty, między innemi i z okrężnicą. Chora przy pracy swej często wchodziła na drabinę, możliwie, iż przy tej pracy kamienie żółciowe tej wielkości, które odeszły, torując sobie drogę do ujścia, przedziurawiły okrężnicę i tą drogą per vias naturales odeszły, nie powodując żadnych bólów. Należy, zdaniem naszem, w przypadkach krwawień kiszkowych pamiętać o możliwości odejścia kamieni żółciowych. Podkreślić również wypada efekt leczniczy przetaczania krwi: wówczas gdy wszelkie środki tamujące krew, zawodziły i chora ginęła od wykrwawienia, przetaczanie krwi każdorazowo wykazywało poprawę wybitną, natychmiastową.

W dyskusji M i n t z zapytuje czy były objawy niedrożności jelit.

W przypadku obfitego krwawienia z jelit, o ile w wywiadach mamy kamicę żółciową, trzeba myśleć o przedziurawieniu jelit.

Według R a d l i ń s k i e g o zawartość świeżej krwi w kale przemawia za przedziurawieniem do jelita grubego.

D o l k a r t jest zdania, że w przyp. cytowanym mieliśmy

z całą pewnością do czynienia z przedziurawieniem woreczka żółciowego do jelit cienkich.

3. P. Goldstein: Przyp. zapalenia wyr. rob., powikłanego niedrożnością jelit. Autoreferat nie nadesłany.

W dyskusji zabierali głos: Lubelski, Dolkart, Saidman i Grundzach.

4. Mintz i Goldstein. Przypadek przedziurawienia żołądka do śledziony.

Pacjent, l. 52, narzeka od kilku lat na bóle w lewem podżebrzu. Obserwacja chorego trwała rok i 3 miesiące. Wywiady, czas trwania, bóle napadowe, zgaga, wreszcie obecność utajonego krwawienia przemawiały za wrzodem żołądka. Niejasnem było umiejscowienie bólu pod lewym łukiem żebrowym. Wyniki prześwietlenia przemawiały za uchyłkiem tylnej zewn. ściany żołądka oraz za stanem zapalnym uchyłku. Chory wyjechał dla przeprowadzenia kuracji przeciwwrzodowej. Po miesiącu powrócił ze znacznem pogorszeniem. Wyniki powtórnej radioterapji nie różniły się niczem od poprzednich. Chory był operowany przez kol. Goldsteina. Zaznaczyć należy, iż w danym przypadku rozpoznanie rentgenologiczne nie zupełnie pokrywa się z rozpoznaniem chirurgicznem.

5. J. Nusbaum wygłosił odczyt „O obecnym stanie wiedzy o zapaleniu żołądka". (Gastrol. T. 4, Nr. 1).

W dyskusji zabierali głos Grundzach, Cytronberg, Justman, Dolkart, Wejnert.

Wiadomości różne.

Zgodnie z uchwałą II-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwrakowego odbędzie się w Łodzi w dn. 30 i 31 października (niedziela i poniedziałek) 1932 r. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy. Tematy główne: 1) współczesne badania nad rakiem; 2) wczesne rozpoznanie raka; 3) leczenie raka i 4) walka z rakiem na terenie Rzeczypospolitej.

Dotychczas zgłosili odczyty: St. Adamowiczowa (Warszawa), Prof. dr. K. Bocheński (Lwów), Prof. dr. M. Eiger i Doc. dr. E. Czarnocki (Wilno), Prof. dr. M. Eiger (Wilno), Dr. M. Floksztrumpf i dr. St. Gądek (Warszawa), Prof. dr. L. Hirszfeld (Warszawa), Dr. J. Kołodziejski i dr. M. Floksztrumpf (Warszawa), Dr. J. Laskowski (Warszawa), Dr. F. Łukaszczyk (Warszawa), Prof. dr. M. Mayer (Poznań), Doc. dr. A. Oszacki (Kraków), Prof. dr. K. Pelczar (Wilno), Ks. Fr. Radziwiłł (Warszawa), Doc. dr. S. Sterling Okuniewski (Warszawa), Dr. B. Wejnert (Warszawa), Płk. dr. W. Zawadowski (Warszawa).

Uprasza się o zgłaszanie odczytów w terminie do dnia 15 czerwca r. b., a także preparatów anatomo-patologicznych, rentgenogramów i tablic statystycznych dla Wystawy naukowej, organizowanej w związku ze Zjazdem. Regulamin Zjazdu określa czas dla referentów tematów głównych na 20 do 40 minut (zależnie od porozumienia się z referentem) i 10 minut dla odczytów dodatkowych. Program szczegółowy Zjazdu będzie ogłoszony w pismach lekarskich.

Dnia 7-go b. m. odbyło się uroczyste poświęcenie i otwarcie kliniki ocznej U. W. w pawilonie V Szpitala Dzieciątka Jezus.

Do urządzenia jej przyczyniło się wydatnie Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, tudzież hojna ofiara prywatna p. Ireny Warden, która, przeznaczając na ten cel bardzo poważną kwotę, umożliwiła wyposażenie tej placówki naukowej w bogatą bibljotekę i najnowsze instrumenty okulistyczne.

Przebudowa pawilonu dla kliniki ocznej wykonana została według planów i pod bezpośrednim nadzorem prof. J. Laubera z Wiednia, który obecnie objął katedrę okulistyki na Uniwersytecie warszawskim.

W dn. 29.III.32 na zaproszenie Pabjanickiego Tow. Akc. przemysłu chemicznego udała się wycieczka prasy warszawskiej i lekarskiej celem zapoznania się z obecnym stanem zakładów chemicznych w Pabjanicach.

Zakłady te, obejmujące obszerne tereny i zatrudniające 300 pracowników fizycznych oraz około 100 biuralistów, mają personel całkowicie polski, pracujący w 3 działach: barwików, kwasu mrówczanego i farmaceutycznym (założ. 1906 r.). Dział ten, pozostający w ścisłym kontakcie z Tow. Przem. Chem. w Bazylei, wypuszcza cały szereg dobrze znanych i wysoko cenionych przez lekarzy specyfików, jak Prytina, Coramina, Salenal, Cibalgina i wiele innych. Cechą ważną fabryki jest okoliczność, iż w razie potrzeby może ona być w ciągu 24 godzin przystosowana do produkcji przetworów chemicznych, służących do obrony granic.

Redakcja otrzymała: Pam. Pol. Tow. Balneologicznego T. X. Revue de la presse Medicale Polonaise. T. 1, N. 1. Prof. Jeanneney. Circulation locale et Cancer.

Resumées.

Contribution à l'étude des sténoses oesophagiennes.
Z. Stankiewicz i St. Łysakowski.

Les auteurs discutent la symptomatologie des sténoses oesophagiennes et les difficultés qui se présentent au diagnostic differentiel au point de vue radiologique. Dans leur cas, image lacunaire à bords déchiquetés, progressant vite vers fermeture complète de la lumiére de l'oesophage, en absence de la dislocation de sa part, a fait poser le diagnostic de la sténose néoplasmatique.

A l' examen anatomo - pathologique les parois de l'oesophage se sont montrées intactes, sa lumière conservée. La sténose avait des causes extrinseques, notamment deux ganglions métastatiques dans le médiastin qui comprimaient l'oesophage de deux cotés opposées. La maladie essentielle était cancer de la bronche, dont les symptômes étaient masquees dans l'image radiologique du thorax par un épanchement pleural.

Ces cas paraissent ne pas être rares, puisque les auteurs en ont observés l'autre cas analogue, ce qui leur fait dire que même devant l'image radiologique classique de la sténose néoplasmatique de l'oesophage, il faut envisager la possibilité des causes extrinseques de la sténose

Nouvelles recherches sur le sujet de "Gastrites".

Dr. J. Nusbaum.

Aprés la documentation anatomo-pathologique l'auteur décrit le rapport des lésions inflammatoires aux anomalies sécrétoires, a l'origine des ulcéres gastriques et des cancers.

En s'appuyant sur des experiments nouveaux il faudrait admettre, que l'ulcére gastro-duodénal typique peut être d'origine inflammatoire, qu'il se developpe sur le fond d'une inflammation de la muqueuse et que l'acidité ne joue dans sa pathogénie aucun rôle.

L'ulcere péptique dans l'ancien sens du mot n'existe pas ou n'est qu'une exception.

La résèction faite, la guérison s'ensuit à cause d'avoir écarté le morceau qui présénte de régle les plus graves ou même les seules lésions inflammatoires.

En consequence il faut considérer l'ulcere gastroduodénal comme une maladie locale, dout l'état inflammatoire de la muqueuse fait la base.

S'il s'agit des rélations entre les lésions inflammatoires et l'origine des cancers, c'est aussi inflammation qui est le procés primordial.

Aûtoreferatoj en esperanto.

Al la demando pri ezofagaj stenozoj.

Z. Stankiewicz i St. Łysakowski.

La aûtoroj priparolas la simptomaron de ezofagaj stenozoj kaj la malfacilaĵojn de diferenca diagnozo por la radiologo. En la citita kazo la lakunara bildo kun priŝiritaj randoj, ĉiam progresanta ĝis kompleta fermo de la ezofaga lumo, ĉe foresto de dislokacio, devigis diagnozi neoplasman stenozon.

Ĉe anatomopatologia esploro la ezofago montriĝis intakta, ĝia lumo — konservita. La stenozo havis devenon eksterezofagan, nome 2 metastazaj ganglioj de la mediastino premadis l'ezofagon de 2 kontrauaj flankoj. La primaria malsano estis bronĥa kankro, kies simptomoj estis maskitaj en la rentgenologia bilde de la torako pro pleûrito.

Tiaj kazoj videble ne estas maloftaj, ĉar la autoroj observadis duan analogan kazon. Ili esprimas do la opinion, ke eĉ ĉe klasika rentgenologia bildo de neoplasma stenozo de l' ezofago oni devas pensi pri eksterezofagaj kaûzoj de la stenozo.

Nowaj esploroj pri la Kronika gastrito.

Dro J. Nusbaum.

Sur la bazo de anatomopatologiaj esploroj l' aûtoro priskribas la rilaton inter inflamaj lezoj kaj sekreciaj ano-

malioj, ankaŭ la dependecon de stomakaj ulceroj kaj de kankroj de lezoj de la stomaka mukozo.

Apogante sin sur novaj eksperimentoj, oni devas supozi, ke la tipa stomak — duodena ulcero povas havi inflaman devenon, ke ĝi disvolviĝas sur la bazo de la inflama proceso de la stomaka mukozo. kaj ke la acideco ludas nenian rolon en la patogenio.

La peptika ulcero, lau la malnova kompreno, tute ne ekzistas au aperas nur escepte.

Post la resekcio sekvas resaniĝo, ĉar estis forigita parto de la mukozo, kiu prezentas la plej gravajn au la solajn inflamajn lezojn.

Konklude ni devas konsideri la stomak — duodenan ulceron, kiel lokan malsanon, kaŭzatan de inflama stato de la stomaka mukozo.

Same la stomaka kankro laŭ tiu koncepcio estas ankaŭ de inflama deveno.

Drukarnia „SIŁA", Warszawa, Marszałkowska 71. — Telefon 8-34-48.